הליבה לשיקום.

פרוטוקול הפסקה: אופיאטים.

הגמילה עצמה אינה זו שמסכנת את חיי האנשים. מה שקורה לאחר מכן הוא המסוכן.

מדריך זה בנוי סביב הבחנה שחייבת לבוא ראשונה, מכיוון שההיפוך שלה הוא מה שגורם לאובדן חיים: גמילה מאופיאטים, ברוב המקרים, לא תהרוג אתכם. זו אחת החוויות הפיזיות המצערות ביותר בסדרה הזו, אך היא נדירה שתהיה קטלנית כשלעצמה. מה שעלול להרוג הוא מה שקורה לאחר מכן - חזרה למינון קודם על ידי גוף שאבד את הסבילות שהייתה לו כאשר המינון הזה הרגיש תקין. עובדה זו משנה כמעט הכל במדריך זה, וזו הסיבה שטיפול תרופתי מסייע (MAT) נמצא במרכז. במקום בשוליים.

סעיף 0 – בטיחות מיידית: קראו זאת קודם כל.

מצב חירום רפואי

התקופה המסוכנת ביותר בתהליך ההחלמה מאופיאטים אינה הגמילה. היא החזרה לשימוש לאחר תקופה של צום. אדם שמפסיק להשתמש ואז חוזר למינון הקודם שלו, משתמש במינון הזה עם הסבילות של מי שלא השתמש מעולם באופיאטים, תוך ציפייה לאפקט של מי שהשתמש באופן קבוע. זהו המנגנון הנפוץ ביותר למות יתר מנת אופיאטים, והוא רלוונטי במיוחד כעת, כאשר ההיצע הלא חוקי מזוהם מאוד בפנטניל - ראו סעיף 6.

התקשרו מיד ל-101 והשתמשו בנלוקסון אם הוא זמין עבור:

- נשימה איטית, שטוחה או נעצרה.
- שפתיים או קצות אצבעות כחולים או אפורים.
- חוסר תגובה או חוסר יכולת להתעורר.
- צלילי גרגור או חנק במהלך הנשימה.

⚠ אזהרה

נלוקסון (נארקן) מבטל השפעות של מנת יתר של אופיאטים, וזמין ללא מרשם ברוב בתי המרקחת בארה"ב, לעיתים קרובות בחינם דרך ארגוני הפחתת נזקים. העובדה שיש אותו בהישג יד – עבורכם או עבור כל מי שגר איתכם ובעל היסטוריה של שימוש באופיאטים, בעבר או בהווה – אינה מעידה על ציפייה לכישלון. זה בדיוק כמו אמצעי זהירות כמו מטף כיבוי: משהו שתקוו לעולם לא להצטרך, אבל שומרים בכל מקרה.

מקלט

התסמינים הפיזיים של גמילה מאופיאטים – המתוארים בסעיף 2 – הם חמורים וגורמים למצוקה רבה, אך עבור רוב האנשים שאין להם מצבים בריאותיים חמורים אחרים, הם אינם מסכני חיים בפני עצמם. הפיקוח הרפואי במהלך הגמילה קיים בעיקר כדי להפחית את הסבל במידה מספקת כך שאדם לא ישקף לשימוש המסוכן המתואר לעיל, ולא משום שהגמילה עצמה דורשת בדרך כלל התערבות חירום. ידיעת ההבחנה הזו לא הופכת את התהליך לקל יותר, אך היא משנה מה באמת צריך לפחד ממנו, ומתי.

סעיף 1 — מדוע מדריך זה מתמקד בטיפול תרופתי מבוסס אופיאטים (MAT)

טיפול תרופתי מסייע – בופרנורפין, מתדון או נלטרקסון – הוא, על פי בסיס הראיות הנרחב ביותר, ההתערבות היחידה והיעילה ביותר הזמינה עבור הפרעת שימוש באופיואידים. מדריך זה מציין באופן ישיר וברור שחלק מחומרי ההתאוששות עדיין רלוונטיים לכך: טיפול תרופתי מסייע אינו צורה נחותה של התאוששות, "מקל" או "עדיין להיות מכורים למשהו". זהו התערבות רפואית מצילת חיים עם נתוני הפחתת תמותה שאף טיפול אחר בהתמכרות לא יכול להתאים להם. עבודת ההתאוששות המתבצעת לצד הטיפול התרופתי – העבודה הביולוגית, הסביבתית והזהותית המופיעה בסעיפים 8 ו-9 – משלימה אותו, ולא מהווה אפשרות אחרת.

הלוחם.

פירושו שאתם "לא ממש (MAT) אם נאמר לכם, על ידי תוכנית או אדם, שטיפול תרופתי מבוסס שיקום נקיים", הגישה הזו אינה מגובה בראיות והיא גורמת לאובדן חיים. המדד החשוב הוא הישרדות ותפקוד, ולא אילו מולקולות ספציפיות נמצאות או לא בגוף של האדם.

סעיף 2 – ציר הזמן של הגמילה.

ציר זמן.	מה קורה?	מה לצפות.	מה לעשות?
6-24 שעות (התחלה, משתנה בהתאם לחצי החיים של האופיאט).	קישור לקולטני אופיאטים יורד; המערכת נותרה ללא הקלט הצפוי.	חרדה, כאבי שרירים, הזעה, פיהוק, נזלת, עצבנות מוקדמת.	התחלת טיפול במתיאמפטמין, אם היא נשקלת, מתחילה לעיתים קרובות בטווח הזמן הזה - בופרנורפין דורש שהאדם יהיה כבר בתחילת גמילה קלה עד בינונית לפני המנה הראשונה כדי למנוע החמרת הגמילה.
1-3 ימים (שיא הסימפטומים הפיזיים)	תסמיני גמילה חריפים; זהו החלק הפיזי הקשה ביותר.	בחילה, הקאות, שלשולים, התכווצויות בבטן, הרחבת האישונים, צמרמורות לסירוגין עם הזעה, כאבים חזקים בשרירים ובשלד, נדודי שינה.	פיקוח רפואי או טיפול תרופתי להפחתת הסיכון מקטינים משמעותית את החומרה. זהו גם השלב המסוכן ביותר עבור אדם שמחליט שהסבל אינו נסבל וחוזר לשימוש במינון מסוכן - ראו סעיף 0.
3-10 ימים (התאוששות פיזית לאחר החריפה, תסמינים פסיכולוגיים בשיאם)	התמודדות עם גמילה פיזית; מערכות האנדורפינים והדופמין נמצאות בנקודת השפל שלהן.	דיכאון עמוק, אובדן תחושת עונג, רגישות רגשית מוגברת, נמשך חוסר שינה, דחפים מתמשכים, חלק מהתסמינים הפיזיים עדיין קיימים.	תחילת תוספי התזונה המלאים (סעיף 9). עשו פעילות גופנית בהקדם האפשרי, גם אם מדובר בהליכה קצרה. ניהול שינה

ציר זמן.	מה קורה?	מה לצפות.	מה לעשות?
			הוא אחד הגורמים החזקים ביותר למניעת הישנות מוקדמת - תעדיפו אותו באופן ישיר.
1-4 שבועות	מערכות האנדורפין והדופמין מתאוששות בהדרגה; קולטני אופיואידים מתחילים להגביר את הביטוי שלהם.	שיפור הדרגתי עם שונות יומיומית אמיתית; סביר להניח שיופיעו פרקי PAWS; תנודתיות רגשית; דחפים אפיזודיים אך חזקים.	פרוטוקול מלא בפעולה. הקשר הקהילתי חשוב יותר ממה שאולי נראה – בידוד הוא אחד מהגורמים החזקים ביותר לשינוי התנהגות בתהליך ההחלמה הספציפי הזה.
1-6 חודשים	עלייה משמעותית ברמות הקולטנים; מערכות הדופמין והאנדורפין מתחדשות באופן פעיל; היפרלגזיה הנגרמת על ידי אופיואידים (הגברת רגישות הכאב כתוצאה מהאופיואידים עצמם) פוחתת.	שיפור הדרגתי ומשמעותי; רגעים אמיתיים של הנאה טבעית חוזרים; רגישות לכאב מתייצבת.	כאן העבודה הופכת לקיימת ולא רק לשרידות. עבודת זהות (סעיף 9) מתאימה כאן, ולא לפני כן.
6-18 חודשים+	צפיפות קולטני המיאופיום שוחזרה במידה ניכרת; מערכת האנדורפינים מייצרת מחדש תחושת נוחות וחיבור חברתי.	הנאה וחיבור טבעיים הנגישים ללא תמיכה כימית; התקפי PAWS נדירים; גמגומים הקשורים להקשר ולא קבועים.	לרוב האנשים, התאוששות מלאה של מערכת האנדורפינים מתרחשת תוך 12-18 חודשים של תקופת שיקום רציפה, בין אם השיקום כולל טיפול תרופתי או לא.

סעיף 3 – כמה זמן עד שהמוח חוזר למצב תקין?

התאוששות מלאה של צפיפות קולטני המיאופואידים, אצל רוב האנשים, לוקחת 12-18 חודשים של התאוששות רציפה – מסגרת זמן עקבית עם חומרים אחרים בסדרה זו הדורשים תקופת התאוששות יכולה להימשך 18-24 חודשים, ובמקרה של (PAWS) ארוכה יותר. תסמונת גמילה מאוחרת התאוששות הכוללת שימוש בפתנטיניל, פרק הזמן הזה עשוי להיות ארוך עוד יותר, בהתחשב בעוצמת הקישור יוצא הדופן של הפתנטיניל לקולטנים בהשוואה לאופיאטים אחרים.

הקשבה.

גלי חרדה פתאומיים, – (PAWS) אם אתם בשמונה חודשים של גמילה ועדיין חווים תופעות לוואי של גמילה חשק ללא טריגר ברור, תקופות אפורות ומדכאות – זה לא מעיד על כך שהמאמצים שלכם אינם מועילים. זה בדיוק המקום שבו ציר הזמן האמיתי ממקם אתכם. קו הסיום כאן נמדד ביותר משנה, והידיעה הזו מראש נועדה לשנות איך חודש קשה בשמונה מרגיש, ולא לגרום לחודש הקשה הזה להיעלם.

סעיף 4 – מה שאתם צפויים לחוות ברוב המקרים

[רשימה לא שלמה]

* **תסמינים גופניים:**
  * **בחילה**
  * **הקאות**
  * **שלשולים**
  * **כאבי בטן**
  * **כאבי ראש**
  * **סחרחורות**
  * **רעד**
  * **הזעה**
  * **דפיקות לב מוגברות**
  * **קוצר נשימה**
  * **עוויתות שרירים**
  * **איבוד הכרה**

* **תסמינים פסיכולוגיים:**
  * **חרדה**
  * **פרנויה**
  * **הזיות**
  * **בלבול**
  * **דיכאון**
  * **שינויים במצב הרוח**
  * **אי-שקט**

* **תסמינים אחרים:**
  * **בעיות שינה**
  * **אובדן תיאבון**
  * **ירידה במשקל**
  * **פגיעה בתפקוד היומיומי**
  * **קושי בריכוז**
  * **בעיות בזיכרון**

[הערה: חומרת התסמינים משתנה מאדם לאדם ותלויה בגורמים רבים, כולל סוג החומר, הכמות שנצרכה, מצבו הבריאותי של האדם וגורמים אחרים.]

- אנהדוניה עמוקה וספציפית בשבועות הראשונים - אוכל, מוזיקה ואנשים אהובים נתפסים כחסרי משמעות ולא מעוררים, מכיוון שמערכות האנדורפין והדופמין, שאופיאטים תופסים בהן מקום, נמצאות ברמה ביולוגית נמוכה ביותר.
- רגישות מוגברת לכאב (היפראלגזיה הנגרמת על ידי אופיאטים) – תופעה אמיתית ומסודרת שבה מערכת העצבים הופכת באופן זמני לרגישה יותר לכאב מאשר הייתה לפני השימוש באופיאטים, כתוצאה משינויים במערכת. התופעה חולפת במהלך הזמן המתואר בסעיפים 2 ו-3, אך היא יכולה להיות מבולבלת בזמן שהיא מתרחשת.

- שינה שקשה מאוד לשפר, ולעיתים קרובות היא הגורם החזק ביותר שמנבא הישנות מוקדמת – יש להתייחס אליה ברצינות כמו כל חלק אחר בתהליך ההתאוששות.
- זהו תהליך PAWS – חשקים שעלולים להופיע ללא טריגר ברור, במיוחד במהלך גלי נוירוביולוגי, ואינו סימן לחוסר מחויבות.
- (סעיף 5) OPRM1 בגן G תחושה חזקה של ניתוק חברתי או בדידות אצל נושאים של אלל אותו קולטן המעביר תגמול אופיאטי גם מעביר קשרים חברתיים מבוססי אנדורפינים, ולכן הפחתה בפעילותו יכולה להרגיש כמו בידוד עצמי, ולא רק כמצוקת גמילה.

סעיף 5 – התאמה גנטית.

גֵן	מה זה מכסה.	רלוונטיות להתאוששות מאופיאטים.
OPRM1 (A118G)	מבנה קולטן המיופיואיד - הקולטן העיקרי שכל האופיאטים פועלים עליו.	הגן החשוב ביותר בכל המדריך הזה. נושאים של אלל G - חווים ירידה באפיניות הקישור לקולטן, כלומר, הם מקבלים פחות הקלה בכאב ופחות תחושת סיפוק ממנות סטנדרטיות, מה שחלקית הוביל להגברת המינון. אותה ירידה בקישור משמעותה גם פחות תגובה מתווכת אנדורפינים ממקורות טבעיים (פעילות גופנית, קשרים חברתיים, צחוק), וזו הסיבה שלוקח יותר זמן לארכיטקטורת התגמול הטבעית להרגיש מספקת עבור פרופיל זה. חשוב: נושאים של אלל G מראים תגובה חזקה יותר באופן מדיד לנאוקסון - זוהי מידע רלוונטי לבחירת טיפול שניתן לפעול עליו ולהציג לרופא המרשם.
CYP2D6	מפרק קודאין, טראמדול ואופיאטים רבים אחרים לטפסים פעילים או לא פעילים.	אנשים בעלי מטבוליזם לקוי מקבלים מעט מאוד או שום השפעה ממשככי הכאבים קודאין וטרמדול, מה שיכול להוביל לעלייה במינון בניסיון נואש להשיג אפקט שתרופה ספציפית זו לעולם לא תספק להם. אנשים בעלי מטבוליזם מהיר במיוחד ממירים את הקודאין למורפין במהירות מסוכנת - מנגנון מוכח של תמותה, גם במינונים רגילים שנרשמו. זה משפיע ישירות על חילוף החומרים של בופרנורפין, וחשוב למינון הטיפול התרופתי (MAT).
CYP3A4	המטבוליזטור העיקרי של פנטניל, אוקסיקודון, מתדון ובופרנורפין.	הגן הפיזיולוגי העיקרי המשפיע על תרופות האופיאטים שרוב האנשים בתהליך ההחלמה נוטלים, כולל גם התרופות העיקריות בטיפול תרופתי מותאם (MAT), הוא CYP3A4. עיכוב עקב גנטיקה או אינטראקציות – CYP3A4 של בין תרופות (אנטיביוטיקה מסוימת, תרופות נגד פטריות, ואף פומלה) – עלול לגרום להצטברות מסוכנת של התרופות הללו. מעודדי CYP3A4 עלולים לגרום לתסמיני גמילה מהתרופה בכך שהם מזרזים את פינויה מהגוף. יש ל-MAT ליידע כל רופא לגבי כל תרופה שנלקחת.

גֵן	מה זה מכסה.	רלוונטיות להתאוששות מאופיאטים.
ABCB1 (פרוטאין-P).	מעבר תרופות דרך מחסום הדם-מוח.	וריאציות משפיעות על כמות האופיואיד החודרת למוח ממנה נתונה - חלק מהוריאציות מאפשרות חדירה רבה יותר למערכת העצבים המרכזית, וגורמות להשפעות חזקות יותר מאותה מנה, ויכולות להאיץ את התפתחות ההתמכרות. הוריאציות משפיעות גם על ריכוז הבופרנורפין והמתדון במערכת העצבים המרכזית, וזה רלוונטי לאופטימיזציה של טיפול תרופתי מבוסס אופיואידים (MAT).
DRD2 (Taq1A, אלל A1)	צפיפות קולטני דופמין מסוג D2.	ירידה של כ-30% בצפיפות הקולטנים בקרב נושאים של אלל A1 - תסמונת חוסר בתגמול. כאשר משולב עם האלל G בגן OPRM1, מתקבלת הפרעה מורכבת יותר במערכת התגמול, המשפיעה בו-זמנית על מסלולי התגמול האופיואידיים והדופמינרגיים - אחד מהפרופילים המורכבים ביותר בסדרה זו.
COMT	פינוי דופמין ועיבוד אותות כאב.	רלוונטי במיוחד עבור כל מי שהשימוש באופיאטים החל בטיפול לכאבים לגיטימי - משפיעות על רמת COMT וריאציות של הגן הרגישות הבסיסית לכאב, ללא קשר לחשיפה לאופיאטים, מה שאומר שכאב שאינו מטופל כראוי עשוי עדיין לדרוש תוכנית טיפול נפרדת (סעיף 6), גם לאחר שהתלות באופיאטים טופלה.
MTHFR	מתילציה - סינתזה של נוירוטרנסמיטורים.	חסרים בסיסיים בסינתזה של דופמין וסרוטונין שאולי אופיאטים פיצו חלקית. תמיכה ב-5-MTHF היא יסודית, ולא אופציונלית, בתהליך ההחלמה הזה.
GABRA2	תת יחידה אלפא-2 של קולטן GABA-A - רמת בלימה בסיסית.	לא הגן העיקרי לאופיאטים, אלא גורם משפיע אמיתי, בשני טעמים: זו אותה ארכיטקטורת GABA הבסיסית שמצויה בדפוסי שימוש משולבים נפוצים של אופיאטים עם בנזודיאזפינים או אופיאטים עם אלכוהול (כל חומר פוגע במערכת קולטנים שונה לבעיית חרדה/התכווצות דומה), והיא מניעה את הפרופיל המשולב הספציפי המפורט להלן.

כיצד מצב ה-COMT משנה את האופן שבו אופיאטים מרגישים בפועל.

הג'ן COMT משפיע על המהירות שבה דופמין וחומרים הקשורים לסטרס מוסרים מהגוף, ומהירות הסילוק הזו מעצבת את ההשפעה של אופיאטים על כל אדם – לא רק כמה הם משתמשים, אלא גם מדוע ההשפעה הרגישה הכרחית מלכתחילה.

פרופיל COMT	קו הבסיס לפני שימוש באופיאטים.	אילו אופיאטים ספציפיים מסופקים?
וול/וול ("לוחם") -	לעתים קרובות חסר גירוי במצב	אופיאטים מספקים סוג אחר של הקלה

פרופיל COMT	קו הבסיס לפני שימוש באופיאטים.	אילו אופיאטים ספציפיים מסופקים?
ספיגה מהירה, רמת דופמין בסיסית נמוכה יותר.	מנוחה; נמשך לעוצמה וחדשנות גם ללא צריכת חומרים כלשהם.	בהשוואה לפרופילים אחרים - פחות "סוף סוף, שקט" ויותר "סוף סוף, נוח מספיק כדי להפסיק לרדוף אחרי אינטנסיביות". פרופיל זה נפוץ מעט פחות בתלות באופיאטים בהשוואה לתלות בממריצים, אך כאשר הוא קיים, ההתאוששות דורשת נקודות פלט בעוצמה גבוהה אמיתיות, ולא רק עבודה המתמקדת בשקט.
Met/Met ("דואג" / "חכם" - קצב פינוי איטי, רמת בסיס גבוהה יותר של חומרים כימיים הקשורים לסטרס.	לעיתים קרובות מציג סימנים של חרדה או גירוי יתר במצב מנוחה; מערכת העצבים נוטה להיות פעילה מאוד עוד לפני כל שימוש בסמים.	זהו הפרופיל הנפוץ יותר של התאוששות הנגרם על ידי HPA-מאופיאטים. דיכוי ציר ה אופיאטים (טבלת הגנים בסעיף 5) עונה ישירות למערכת סטרס פעילה כרונית - ההקלה אינה רק נוחות פיזית, אלא הפעם הראשונה שמערכת עצבים "חמה" מקבלת הזדמנות להירגע לחלוטין. זהו גם הפרופיל שבו תגובת ה-HPA המתוארת במדריך זה פוגעת בצורה חזקה יותר, מכיוון שיש פעילות כימית של סטרס בסיסית גבוהה יותר שאליה יש להגיב.
הטרוזיגוט (ואל/מת).	אין טקסט מקור.	לעתים קרובות מדובר בשילוב – חלקו הקטן הקשור להקלה פיזית אמיתית, וחלקו הקטן הקשור להקלה במערכת הסטרס – אך אף אחד מהם אינו קיצוני כמו בפרופילים ההומוזיגוטים.

GABRA2 ודפוס ה"דיכאון והחרדה".

כהערה שולית בטבלה שלעיל. מטריצת GABRA2 זה ראוי לציין זאת באופן ישיר ולא להשאיר את הגנים-חומרים הייחודית של המאגר שלנו מזהה פרופיל משולב ספציפי – רמת סיכון גבוהה של כ"דפוס חרדה ודיכוי", הרלוונטי לאלכוהול, – Met/Met מסוג COMT בשילוב עם GABRA2 בשילוב עם טווח עיכוב פגום (COMT) בנזודיאזפינים ואופיאטים: יכולת מופחתת להרגעה עצמית (GABRA2), מה שמייצר את ההתקדמות המהירה ביותר המתועדת לתלות מכל פרופיל משולב במטריצה זו.

⚠ אזהרה

אם שילוב זה מתאים לך, חשוב לדעת שני דברים. ראשית, זו אחת הסיבות לכך ששימוש במספר חומרים בו זמנית – אופיאטים בשילוב עם בנזודיאזפינים או אלכוהול – הוא תבנית נפוצה כל כך עבור פרופיל זה: מטפל GABA האופיאט מטפל בצד של מערכת הסטרס והקלה על הכאבים, בעוד שהחומר הפועל על בנפרד בצד של "בלמים חלשים", ואף אחד מהם אינו מכסה את כל מה שהשני עושה. שנית, זה אומר שההתאוששות עבור פרופיל זה דורשת טיפול בשני המערכות יחד – העבודה המתמקדת באופיאטים במדריך אם Recovery Kernel-במדריכי הבנזודיאזפינים או האלכוהול של ה GABA-הזה, והעבודה המתמקדת ב אתה משתמש באחד מהחומרים הללו. הדבר היה גם חלק מהתמונה - במקום להתייחס לתלות האופיאטים כאל כל הבעיה.

אפיון מבלי תוצאות בדיקה.

- האם אופיאטים סיפקו לך הקלה בכאב ששום דבר אחר לא הצליח לספק, אפילו במינונים גבוהים? → ייתכן שיש לך אלל בגן OPRM1 שאחרים מצאו מספיקים? → ייתכן שיש לך אלל או וריאציה בגן ABCB1. יכולה להיות בעדיפות בדיקת CYP2D6.
- האם אופיאטים גרמו לך להרגיש נורמלי, מחובר ורגוע בצורה שאף דבר אחר לא הצליח לעשות? → מעורבות חזקה של גן OPRM1 להשיג? → מעורבות חזקה של גן OPRM1 וחוסר סביר במערכת האנדורפינים. עבודה על יצירת קשרים חברתיים (סעיף 9) היא מרכזית, ולא משנית, בתהליך ההחלמה שלך.
- האם השימוש החל בטיפול לכאבים אמיתיים? → וריאציות של גנים הקשורות ל-COMT להיות רלוונטיות לרגישות לכאב. כאב שאינו מטופל דורש מסלול טיפול נפרד - ראו סעיף 6.
- האם חוסר תחושה או אדיסוניה הם החוויה המתמשכת שלך, ללא קשר לשימוש באופיאטים? → סביר שמדובר במחסור ב-DRD2 ובמעורבות של MTHFR. תמיכה בדופמין היא בעדיפות עליונה.

סעיף 6 – אוכלוסיות מיוחדות

מה מייחד אותו?	מצב.
עבור חלק ניכר מהאנשים בתהליך גמילה מאופיאטים, כאב כרוני אמיתי היה הגורם המקורי ונשאר מצב קיים ואמיתי. הכרה בפגיעות הגנטיות שהובילו לתלות אינה אומרת שהכאב עצמו מעולם לא היה אמיתי, והוא אינו נעלם כאשר האופיאט מפסיק. אוכלוסייה זו זקוקה למסלול לטיפול בכאב שרץ במקביל, ולא מחליף את מסלול הגמילה – פיזיותרפיה, טיפול בכאב לא אופיאטי, ובמקרים מסוימים שימוש לגיטימי ונפרד מהתפקיד שלו) בופרנורפין שנרשם ספציפית לטיפול בכאב באופן קבוע לצד עבודת הגמילה. כאב בלתי מטופל הוא גורם סיכון (לטיפול בתלות ב-MAT אחד הדברים... מסלולים צפויים לחזרה לשימוש באופיאטים, כפי שמפורט במדריך זה.	כאב כרוני כנקודת התחלה.
האספקה הנוכחית של אופיאטים לא חוקיים, וגם, באופן גובר, של ממריצים לא חוקיים וכדורים מזויפים, מזוהמת במידה רבה בפנטניל, שהוא הרבה יותר חזק מהרואין או אופיאטים מרשם לפי משקל. למי שיש סבילות שנוצרה כתוצאה משימוש בהרואין או בכדורים אין הגנה אמינה מפני מנה מזוהמת בפנטניל – ההבדל בחוזק יכול להיות קטלני במינון שהיה נראה לא משמעותי עם החומר שאליו הם חושבים שהם משתמשים. בדיקות פנטניל (זמינות דרך רוב ארגוני הפחתת נזקים) וגישה לנאלוקסון אינן אמצעי זהירות אופציונליים עבור כל מי שמשתמש באופיאטים – הם ציוד בטיחות בסיסי, אותה קטגוריה. כמסגרת של מטף כיבוי אש בסעיף 0.	אספקה מזוהמת פנטניל.
Recovery-מציג סיכונים נוספים המתועדים במדריך "אוזניים, עיניים ושיניים" של ה-Kernel – בדיקות בסיסיות לגילוי זיהומים המועברים דרך הדם הן חלק מהטיפול הרפואי הוא C המתאים בשלב ההחלמה, ואינן מהוות האשמה – וטיפול מודרני בהפטיטיס C ו-B זיהום מקומי באזור ההזרקה, דלקת מסתמי הלב, הפטיטיס C ואיידס. בעל אחוזי ריפוי גבוהים ברוב המקרים, ללא קשר לכך כמה זמן נמשכה הדבקה.	הזרקה (דרך הוליה).

נוף ההחלפה וההפחתה.

לכל מי שמפחית מינון של אופיאט מרשם, החומר עצמו משפיע על האופן שבו ההפחתה מתבצעת. זהו סקירה כללית, ולא לוח זמנים אישי - המספרים המדויקים דורשים רופא שמכיר את המטופל הספציפי, המינון הנוכחי והמשך הטיפול. להלן המסגרת שכדאי להביא לשיחה:

חומר.	מה הופך את הפחתת המינון למורכבת?	הגישה הכללית
פנטניל (טלאי או ממקור לא חוקי)	עוצמה גבוהה פירושה שגם ירידות קטנות באחוזים מייצגות שינויים מוחלטים גדולים; צורת הטלאי הטרנסדרמלי מוסיפה תנודתיות בספיגה (חום, מצב העור ומיקום הטלאי משפיעים על הספיגה) בנוסף לפרמקולוגיה עצמה.	הפחתת מינון מדבקות בדרך כלל נעשית למדרגה הנמוכה הבאה במרווח זמן ארוך (בדרך כלל כל 2-4 שבועות), תוך שימוש באותו עקרון מבוסס אחוזים המשמש לאורך כל המדריך הזה, ולעיתים עם תרופה נוטלת דרך הפה כדי לגשר על הפער בין מינוני המדבקות. הפחתת מינון של פנטניל ממקורות לא חוקיים נעשית לעיתים רחוקות ישירות ממינון מדבקה למינון אחר - בדרך כלל זה דורש המרה לצורה ניתנת למדידה ולמתן מרשם (ראה טיפול תרופתי בסיוע, סעיף 8).
אוקסיקודון מיידי (אוקסיקונטין) ואופיאטים אוראליים אחרים בעלי שחרור ממושך.	מנגנון השחרור הממושך אומר ששינוי במינון משפיע הן על עוצמת ההשפעה והן על משך הפעילות – קיצוץ שנראה קטן על הנייר יכול ליצור פער כיסוי שנחווה כגדול בהרבה.	הפחתה הדרגתית במינון של התרופה בשחרור מושהה, בדרך כלל 10-25% בכל 1-4 שבועות, בהתאם לאורך השימוש ולחומרת המצב, לעיתים עם אפשרות לשימוש בתכשיר בעל שחרור מיידי לטיפול בתסמינים חולפים במהלך המעבר - החלטה של הרופא המרשם, ולא תוספת עצמאית.
הידרומורפון (דילאודיד)	חצי חיים קצרים וחוסן גבוה ביחס למורפין גורמים להתפתחות מהירה יותר ואינטנסיבית יותר של תסמיני גמילה בהשוואה לאופיאטים בעלי משך פעולה ארוך, בדומה לבעיה של חצי חיים קצר שתועדה עבור ונלאפקסיין במדריך ה-SSRI/SNRI.	לעיתים קרובות ממירים (ממינים) לתרופה אופיואידית בעלת משך פעולה ארוך יותר, במיוחד כדי להפוך את תהליך ההפחתה לניהול פשוט יותר, ולא כדי להפחית ישירות את המינון של התרופה הקצרה. מינון חוזר זהו טכניקה קלינית אמיתית, ולא פתרון עוקף, ויש לנהל אותו על ידי רופא בשל החישובים המתמטיים הכרוכים בכוח הפעולה של התרופות.
טפנטדול (נוסינטה)	מנגנון פעולה ייחודי ושונה משאר החומרים בטבלה הזו – פעילות כפולה הן כאגוניסט של קולטן האופיואיד mu והן כמעכב ספיגה מחדש של נוראדרנלין. מנגנון הפעולה השני הזה גורם לכך שחלק מהאנשים אינם סובלים אותו היטב, ולסיבות שאינן קשורות לרגישות לקולטני אופיואיד: פעילות הנוראדרנלין הנוספת עלולה לגרום לחרדה, עצבנות או דופק מוגבר, במיוחד בקרב אנשים שכבר נמצאים ברמת גירוי גבוהה (פרופיל COMT Met/Met 5 המופיע בטבלה בסעיף 5 ראוי לבחינה ספציפית כאן).	אם טאפנטדול לא נסבל היטב, זו מידע שימושי עבור רופא המרשם - זה עשוי להצביע על כך שמנגנון הפעולה הכפול הוא הגורם לבעיה, ולא רק המינון של האופיאט עצמו, ועל כך שייתכן שיש לבחור תרופה אחרת לגמרי במקום לשנות את המינון של אותה התרופה.

תחליפים חלופיים לאופיואידים בתעשיית התרופות: גאבאפנטין ופרגבלין.

דפוס מרשם נפוץ כיום ראוי לקבל את אותה התייחסות ישירה שהספרייה הזו כבר מספקת במקומות אחרים: גאבאפנטין ופרגבלין מוצעים לעיתים קרובות במיוחד כדי להימנע ממרשם אופיאטים, או כדי לתמוך בהפחתה הדרגתית של מינון אופיאטים על ידי כיסוי חלק מכאבי העצבים. זה יכול להיות כלי לגיטימי ושימושי. עם זאת, הוא גם יכול להפוך למרשם בלתי מוסדר ולא מוגבל אם אף אחד לא עוקב אחר תאריך סיום הטיפול.

⚠ אזהרה

בנושא גאבאפנטינואידים רלוונטיים ישירות כאן: תרופות Recovery Kernel-החומרים של עצמם של ה אלה מוכרות יותר ויותר כבעלות פוטנציאל אמיתי לתלות ולתופעות לוואי, כולל סיכון להתקפים במקרים של הפסקה פתאומית במינונים גבוהים, למרות שההיסטוריה הייתה של מינון שנחשב ללא סיכון. אם הוצע גאבאפנטין או פרגבלין כתחליף לאופיאטים, אותם שאלות אחריות מהסעיף על תרופות חלופיות בספרייה זו חלות: מהו מועד הסיום המצוין או נקודת הביקורת, האם זהו פתרון זמני או טיפול מתמשך, וכיצד ייראה הפחתת מינון של התרופה הספציפית הזו אם יש צורך להפסיק אותה. תרופה שמנעה סוג אחד של תלות... הסיכון אינו בהכרח חף מסיכון להתמכרות.

טיפול בגורם הבסיסי, ולא רק בהפחתה.

עבור חלק ניכר מהאוכלוסייה בסעיף 6 שהשימוש שלהם באופיאטים החל עקב כאב אמיתי, ההפחתה עצמה היא הכרחית אך לא מספקת – בהתאם לסעיפים 1 ו-6, כאב בלתי מטופל הוא אחד המסלולים הצפויים ביותר לחזרה לשימוש באופיאטים בכל המדריך הזה. הבנת מהו בדיוק הכאב וטיפול בו ישירות אינם תוספת נחמדה; זהו חלק חיוני לגרום להפחתה להיות יעילה.

- הערכה אמיתית של מקור הכאב – הדמיה, הפניה למומחה או כל שלב אבחוני אחר שעדיין לא בוצע – במקום להמשיך לטפל רק בסימפטום באופן בלתי מוגבל.
- פיזיותרפיה וטיפול תרופתי לא אופיואידי לשיכוך כאבים, המבוצעים על ידי מומחה לכאב יחד עם הרופא המטפל בתהליך ההפחתה.
- טיפול בהזרקת קטמין – אפשרות אמיתית ומוכחת למצבים מסוימים של כאב כרוני עמיד (תסמונת כאב אזורית מורכבת, פיברומיאלגיה וכמה סוגים של כאב נוירופתי), הניתן בהזרקה תת-טחוולת במסגרת קלינית ומנוטרת, ושונה מהשימוש בקטמין למטרות אחרות המוזכרות בסדרה זו. מומלץ לדון בכך ישירות עם מומחה לכאב אם אפשרויות לא אופיאטיות רגילות לא היו מספיקות.

מקלט

אם אף אחד מעולם לא אבחן מדוע הכאב קיים – רק טופל הכאב עצמו – חשוב לציין זאת לרופא בצורה ברורה. הפחתת המינון של התרופה שטיפלה בבעיה לא מזוהה, מבלי לחקור מהו הבעיה בפועל, היא בדיוק מצב שהמדריך הזה מנסה לעזור להימנע ממנו.

סעיף 7 – שימוש בסיווג תבניות.

יציבה	סיכון	תבנית	רמה
הפחתה מתוכננת בהתייעצות עם הרופא המרשם, ולא הפסקה פתאומית, היא עדיין הגישה הבטוחה יותר, גם ברמה זו.	תלות פיזית יכולה להתפתח תוך 1-2 שבועות של שימוש קבוע, גם ללא שימוש לרעה.	מרשם חוקי שניתן כפי ההוראות, לפרק זמן מוגבל.	1 — מרשם, לטווח קצר, ללא החמרה.

יציבה	סיכון	תבנית	רמה
הפחתת מינון תחת השגחה היא חשובה כאן; הפסקת טיפול פתאומית עלולה לגרום לתופעות לוואי משמעותיות, וזו בדיוק האוכלוסייה שבה שיחה על טיפול תרופתי ממושך, אפילו לטווח קצר, יכולה להיות מועילה.	תלות פיזית סביר שקיימת.	שימוש קבוע מעבר למשך הזמן המומלץ, או הגדלת המינון בהדרגה כדי לשמור על אותה השפעה.	2 — מרשם, טיפול ארוך טווח או הגברה קלה.
מומלץ מאוד להתייעץ עם גורם רפואי לפני כל ניסיון להפסקת השימוש. טיפול תרופתי (MAT) צריך להיות חלק משמעותי מהדיון הזה, ולא אמצעי אחרון.	גבוה.	שימוש ביותר מהמינון המומלץ, שימוש בתרופה של מישהו אחר או שימוש קבוע בסמים אסורים ללא מתן תרופות באופן רציף במשך כל היום.	3 — שימוש קבוע שאינו בהתאם להוראות או שימוש מוגבר משמעותית.
אין לנסות הפסקה לא מבוקרת. אזהרת ההתלקחות והמינון יתר בסעיף 0 חלה במלואה על אוכלוסייה זו באופן ספציפי.	חמור - זו האוכלוסייה עבורה נכתב פרוטוקול הטיפול התרופתי והגמילה של תוכנית סקשן 8.	שימוש יומיומי או כמעט יומיומי, כולל שימוש ספציפי למניעת תסמיני גמילה ולא לצורך השגת אפקט.	4 - שימוש תלוי, יומיומי, כולל למניעת גמילה.

סעיף 8 – טיפול בסיוע תרופתי וגמילה.

הערות קליניות.	מנגנון	תרופות
נדרש שהאדם יהיה כבר בתחילת גמילה קלה עד בינונית לפני המנה הראשונה (כדי למנוע תסמיני גמילה חמורים). ניתן לרשום את התרופה במרפאה על ידי אנשי מקצוע מיומנים, מה שמשפר משמעותית את הנגישות בהשוואה למודל המבוסס על מרפאות המתאפיין בטיפול במתדון.	אגוניסט חלקי לאופיאטים - מפעיל את הקולטן במידה מספקת כדי למנוע תסמיני גמילה וחשקים, עם אפקט מקסימלי המגביל את הסיכון להתמכרות בהשוואה לאגוניסטים מלאים.	בופרנורפין (סובוקסון, סובוטקס, סבּלוֹקייד)
ברוב המקרים, נדרשת מתן יומיומית בתוכנית טיפול אופיאטים מורשית, לפחות בתחילה. קיימת תמיכה חזקה בממצאים, במיוחד עבור תלות בעוצמה גבוהה או משך זמן ממושך. מצב ה-CYP3A4) משפיע על המינון (סעיף 5.	אגוניסט אופיאטי מלא בעל משך פעולה ארוך - מייצב את פעילות הרצפטורים מבלי לגרום לעליות וירידות החדות המאפיינות אופיאטים קצרי טווח.	מתדון
נדרשת תקופת גמילה מלאה (בדרך כלל 7-10 ימים ללא אופיואידים) לפני תחילת הטיפול, מכיוון שהוא עלול לגרום לתסמיני גמילה חמורים אם עדיין יש שאריות של אופיואידים בגוף. נושאים של אלל G מציגים תגובה חזקה (סעיף 5) OPRM1-ב יותר באופן משמעותי - מידע שימושי וברור שיכול לסייע בבחירת הטיפול המתאים.	חומר חוסם קולטני אופיאטים - חוסם את הקולטן לחלוטין במקום להפעיל אותו, ולכן אינו מייצר השפעה אופיאטית וחוסם את ההשפעה של כל אופיאט אחר שניתן בנוסף.	נלטרקסון (בטבליות או בצורה עם שחרור ממושך - ויביטרול).

הלוחם.

היא החלטה קלינית חשובה שתורמת ישירות מהמידע הגנטי המופיע בסעיף 5 - (MAT) בחירת תרופה
העבירו זאת לכל מי שמנהל את הטיפול איתכם.

סעיף 9 – הפרוטוקול לשיקום.

שכבה 1 - יסודות ביולוגיים (החל מהיום הראשון)

תמיכה	תפקיד
DLPA (DL-פנילאלנין)	תמיכה במערכת האנדורפינים - התחילו ביום הראשון אם אתם אוכלים.
NAC (600 מ"ג פעמיים ביום)	ויסות גלוטמט והפחתת דחף.
5-MTHF	תמיכה בביטוי גנים ובסינתזה של נוירוטרנסמיטורים.
מגנזיום גליצינט.	תמיכה כללית במערכת העצבים ושיפור השינה.
3 אומגה (עשיר ב-EPA)	תמיכה נוירולוגית כללית במהלך תקופה של שיקום מערכות משמעותי.

רמה 2 - רפואי

- עבור אנשים הזכאים לסעיף 8, (טיפול תרופתי מבוסס תחליפים) MAT טיפול באמצעות
  כהתערבות רפואית ראשונית, ולא כתוספת.
- מסלול לטיפול בכאב (סעיף 6) יפעל במקביל אם קיים כאב כרוני - זה אינו אופציונלי עבור
  אוכלוסייה זו.
- בדיקות וטיפול בזיהומים הנגרמים על ידי נגיף הקדחת הממארת (קדמת), במקרים של
  היסטוריה של שימוש בהזרקה (סעיף 6).

כלי מעשי וחסכוני: מתן תרופות מתוזמן.

כספות תרופה עם נעילה מתוזמנת הן פתרון זול, שימושי ואמין, ולכן חשוב להזכיר אותן בחומרים המסייעים בהחלמה: קיימות כספות תרופה המיועדות במיוחד למצבים כמו הפחתה הדרגתית של מינון, שבהם המטרה היא גישה מבוקרת ומתוזמנת לתרופה, ולא גישה חופשית או היעדר גישה כלל. אדם מהימן – בן זוג, משפחה או אחראי אחר – ממלא את הכספת במינונים בהתאם ללוח הזמנים שנקבע עם הרופא המרשם, והכספת לא תיפתח פיזית עד השעה המתוזמנת, ללא קשר לתחושות של האדם הנוטל את התרופה. זה פותר ישירות את מנגנון הגישה וההתנגדות שהוזכר במקומות אחרים. סדרת ההפסקות של הספרייה הזו: הסרת היכולת לפעול על דחף לקחת מנה מוקדמת או נוספת היא
בעצמה סוג של תמיכה אמיתית ופיזית, ולא רק סמלית.

⚠ אזהרה

אזהרות סטנדרטיות חלות, והן חשובות: זהו כלי תמיכה, ואינו תחליף לתוכנית ההפחתה הרפואית עצמה, וגם אינו תחליף לטיפול תרופתי מבוסס או לפיקוח רפואי כאשר אלה נחוצים. הוא דורש מפקח מהימן וזמין באופן עקבי - הכלי לא יעבוד אם האדם השולט בו אינו אמין, ויכול להפוך למקור לקונפליקט או לרגשות שליליים אם מוצג מבלי לנהל שיחה כנה לגבי הסיבות לכך. הוא אינו מונע מאדם להשיג תרופות או חומרים אחרים מחוץ למכשיר, ולכן הוא מתייחס לסיכון ספציפי אחד (החזרה פתאומית של מינון התרופה המופחת) ולא התמונה המלאה. לרוב הדגמים יש מנגנון עקיפה חירום כלשהו – חשוב להבין מהו ומי שולט בו לפני שמסתמכים על המכשיר. כמו כן, אסור שהמכשיר יהיה אמצעי הבטיחות היחיד עבור אנשים בקבוצות הסיכון הגבוהות המתוארות בסעיף 7 – הוא תומך מעשי לצד טיפול רפואי, ואינו תחליף לו.

על חומרים ממקור לא חוקי: מדוע "פשוט לשרוד עד שההפחתה תסתיים" היא בעצמה סכנה.

זה מצריך טיפול ישיר ורציני, ולא אזכור חולף, מכיוון שהסיכון שונה באופן מוחלט מכל דבר אחר במדריך הזה. תרופה ממספרת מורשית עומדת בתנאי שרשרת אספקה מתועדת – מיוצרת בתנאים מפוקחים, מאושרת במינון ובהרכב, ומעקב אחרי כל שלב, החל מהייצור ועד לבקבוק ביד. חומר שמגיע ממקורות אחרים אינו עומד באף אחד מהתנאים הללו. אין מסמכים, אין אישור מקור, אין אימות של מה שבאמת יש בתוכו, ולא ניתן לדעת דרך אילו תהליכים הוא עבר או עם מה הוא שולב לפני שהוא מגיע לאדם הנוטל אותו. שיפוט מוסרי לגבי הבחירה לפנות אליו אינו רלוונטי - מה שחשוב הוא העובדה הפיזית של האובייקט עצמו, ללא קשר לסיבה שבגללה מישהו פנה אליו.

מצב חירום רפואי

זה לא סיכון תיאורטי. לפי סעיף 6, ההיצע הנוכחי של אופיאטים בלתי חוקיים – ובעלייה מתמדת גם אספקת גלולות מזויפות – מזוהם באופן נרחב בפנטניל, אשר בריכוז קטן מספיק כדי לגרום למוות מבלי שתהיה הבדלה ויזואלית, טעם או זיהוי ביחס לגרסה נקייה. אדם המשתמש בחומר כלשהו כדי להתמודד עם תסמיני גמילה מחוץ למסגרת רפואית, או כדי "לגשר" על תקופה במהלך הפחתה מינון, ונעזר בחומרים הזמינים ברחוב או ממקור לא מאושר, אינו מקבל החלטה באותה קטגוריה כמו המשך טיפול תרופתי בפיקוח. זו החלטה שנלקחת ללא מידע לגבי מה שנצרך בפועל. בדיקות פנטניל ו-Naloxone (סעיף 6, סעיף 0) מפחיתות אך אינן מבטלות סיכון זה - הדרך היחידה להימנע לחלוטין מכך היא לא להשתמש במקור לא מאושר. טיפול בהתמכרות לאופיאטים (MAT) בסעיף 8 קיימים כדרך המומלצת לתהליך ההפחתה, גם אם גישה למסלולים אלה יכולה להיות מאתגרת.

שלב 3 – מערכת העצבים ומערכת האנדורפינים (חודשים 1-12, השלב המרכזי).

- פעילות גופנית מאומצת יומיומית – הגורם העיקרי לשחרור אנדורפינים הזמין ללא תרופות, וההמלצה העקבית ביותר המופיעה בכל המדריכים בסדרה זו.
- קהילה אמיתית וקשרים חברתיים – לא דבר אגבי, אלא חלק מהותי, בהתחשב בכך שמערכת קולטני האופיאטים משפיעה ישירות על תחושת החיבור והתגמול החברתי (סעיף 5).
- חשיפה לקור, צחוק ומוזיקה - כל אחד מהם גורם לעלייה אמיתית, אם כי קטנה, ברמות האנדורפינים, ושילוב שלהם יכול להיות מועיל.

מקלט

מבנה האנדורפינים נבנה מחדש באמצעות תרגול יומיומי עקבי במשך חודשים, ולא באמצעות מאמץ מזדמן. זו אינה ביקורת על מי שמתקשה לשמור על כך – זהו המצב האמיתי של מה שההחלמה הזו דורשת בפועל, בהתאם לציר הזמן המפורט בסעיף 3.

התפתחות חדשה: אוקסיטוצין ואיפוס ציר ה-HPA.

חלק זה קיים מכיוון שספר הראשי שלכם מקדיש לו פרק שלם, והוא ראוי למקום כנה ומדויק כאן ולא להשמטה. המנגנון שהוא מתאר הוא אמיתי ומוגדר כבר במקומות אחרים במדריך הזה: אופיאטים מדכאים את ציר ה-HPA כל עוד הם בשימוש, וכאשר הם מוסרים, מערכת זו, שנמצאת בדיכוי, אינה חוזרת בהדרגה למצב הבסיסי - היא מתאוששת, לעיתים קרובות בצורה דרמטית, וחורגת ממנו. קורטיזול זורם, האמיגדלה "מתחממת", ומערכת העצבים מדווחת על מצב חירום קיומי ללא סיבה חיצונית. זהו ההסבר הפיזיולוגי לכך שהגמילה מאופיאטים יכולה להרגיש כמו מוות, אפילו כאשר זה אינו מסוכן מבחינה רפואית (סעיף 0) - התחושה היא דיווח מדויק ממערכת לחץ שפעילה יתר על המידה, ולא תגובה לא רציונלית.

⚠ אזהרה

ופועל, HPA-אוקסיטצין הוא אנטגוניסט ישיר של שרשרת ההפרשה של קורטיזול - הוא מעכב את ציר ה
כמעין מתג כיבוי למערכת האזעקה שאופיאטים שמרו עליה בשקט. החומר המקורי שלך מפורש ושווה
לטיפול בהתמכרויות, ומשמש כיום FDA-לחזרה, באותה כנות: פרוטוקול זה הוא ניסיוני, ולא אושר על ידי ה
רק במספר קטן של מרפאות חדשניות ואנשים בעלי ידע הפועלים בחזית מדע ההחלמה. הוא שייך למדריך
זה כמנגנון אמיתי ומסודר שכדאי לדעת שהוא קיים - ולא כהתערבות עצמית. כל מי שמסתכל על כך צריך
לעשות זאת עם פסיכיאטר או רופא מומחה ברפואת ההתמכרויות, המשתתף באופן פעיל, באותו סטנדרט
"שאליו הסדרה הזו הקפידה בכל תוספת אחרת בדרגת "מתחיל.

בפועל, זוהי אותה קטגוריה של תוסף כמו החומר אוקסיטוצין לאף שכבר תועד במקום אחר בסדרת
זהה, (HPA דיכוי ציר) עבור גמילה מבנזודיאזפינים - המנגנון Recovery Kernel-ההפסקה של ה
והזהירות המתאימה היא זהה: אמיתי, ראוי לשיחה עם מומחה, עדיין לא כלי סטנדרטי.

סעיף 10 – זיהוי מצבי חירום, חזרה על עיקרי הדברים.

מצב חירום רפואי

התקשרו ל-101 והשתמשו בנלוקסון אם הוא זמין במקרים הבאים: נשימה איטית, רדודה או נעצרה -
שפתיים או קצות אצבעות כחולים או אפורים - חוסר תגובה - צלילי גרגור או חנק. הדבר תקף במיוחד
לאחר כל תקופה של הפחתה או הימנעות, בהתחשב במנגנון איבוד הסבילות המפורט בסעיף 0, ובנוכחות
זיהום פנטניל (סעיף 6) כסיכון נוסף ובלתי צפוי לכל אופיאט ממקור לא חוקי.

סעיף 11 - מפת הפניות צולבת לכל הפרוטוקולים.

הפניה	מה זה מציע?
מדריך אופיאטים של Recovery Kernel, חלק 3	וגמילה, כפי (MAT) המסגרת המלאה של טיפול תרופתי מותאם שמסוכמת בסעיף 8 של מדריך זה.
מדריך פנטניל של Recovery Kernel.	פרטים ספציפיים לגבי זיהומים עבור סעיף 6 - רצועות בדיקה, גישה לנאלוקסון והפרמקוקינטיקה הספציפית של פנטניל לעומת אופיאטים אחרים.
מדריך אוזניים, עיניים ושיניים של Recovery Kernel, סעיף 5	פרטים מלאים על סיכון לזיהום הקשור להזרקה המוזכרים בסעיף 6:
פרוטוקול 14 (ניהול כאבים)	המסלול המקביל לטיפול בכאב המוזכר בסעיף 6 מיועד לכל מי שהשימוש באופיאטים החל כתוצאה מטיפול לכאבים אמיתי.
פרוטוקול 05 (עיצוב מחדש סביבתי)	הפרוטוקול בעדיפות הגבוהה ביותר עבור תהליך ההתאוששות הספציפי הזה: גירוי מותנה גורם לרצון עז הוא המנגנון העיקרי של הישנות בשימוש באופיאטים, יותר מאשר ברוב החומרים האחרים בסדרה הזו.
מערך חומרים גנטיים, נספח א'.	המיפוי הישיר בין קוד הפרוטוקול לגנטיקה של סעיף 5: GABRA2 + COMT Met/Met ('דפוס חרדה ודיכאון') מתאים ל-P06, P09, P10, P21; GABRA2 בלבד מתאים ל-P01, P06, P20; GABRA2 + MTHFR ('דפוס מותש ואימפולסיבי') מתאים ל-P06, P07, P11, P21. יש לעיין ישירות בנספח זה אם קיים פאנל גנומי מלא.
מדריך ראשי לתוכנית ההתאוששות, פרק 8 (פרוטוקול אוקסיטוצין)	פרק זה מציג תוספת חדשה, ומספק פירוט מלא של המנגנון שלה, כמו גם את אותם אזהרות שימוש ניסיוני החוזרות במדריך זה.
פרוטוקול מסמכים 20, 21, C-28 (ארכיטקטורת זהות)	מתאים לתחילת תקופה של חודשים 1-6 (סעיף 2), ולא לפני כן - בניית זהות נפרדת מההיסטוריה של השימוש.

מה זה מציע?	הפניה
התמכרות לאופיאטים מתחילה לעיתים קרובות בתנאים של מצוקה עמוקה; אין להתחיל טיפול ספציפי לטראומה עד שמתבססת יציבות התזמון חש כאן כמו בכל - (MAT) ביולוגית וטיפול תרופתי מבוסס חלק אחר בסדרה.	טראומה מורכבת והקשר לחומרים ממכרים: תוכנית "Recovery Kernel".

סעיף 12 – סיום

מקלט

התאוששות מאופיאטים היא אחת התחומים הבודדים ברפואת ההתמכרויות עם בסיס הוכחות חזק ומוצק שעומד מאחורי הטיפול היעיל ביותר שלו — טיפול תרופתי מסייע מציל חיים, שוב ושוב, באופן מדיד. שימוש בו אינו מהווה צורה נחותה של התאוששות. מערכות האנדורפינים והקולטנים שאותן תופסים אופיאטים יכולות ומתחדשות, בלוח זמנים אמיתי, בין אם ההתאוששות כוללת שימוש מתמשך בתרופות ובין אם לא. הדבר החשוב ביותר, לפי סעיף 0, הוא לשרוד את התקופה שבה הסבילות והציפיות אינן מסתנכרנות — כל השאר במדריך זה נועדו להוביל אותך בבטחה מעבר לנקודה זו.

סוף המדריך - פרוטוקול הפסקה: אופיאטים.

משאב להפחתת נזקים - אינו ייעוץ רפואי - אינו תחליף לטיפול חירום.

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | SAMHSA: 1-800-662-4357